



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUCÓN

Decreto N°

609

Pucón,

05/10/2010

Dirección de Administración y Finanzas
AREA SALUD

La Alcaldía ha decretado con esta fecha lo siguiente.

Vistos :

- 1.- El Presupuesto de Ingresos y Gastos aprobados para el presente año.
- 2.- Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695. Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades.
- 3.- El Decreto Exento N° 1315 emitido con fecha 05 de Julio de 2010, que delega la función de firmar por "Por Orden de la Sra. Alcaldesa" al Sr. Administrador Municipal.

DECRETO

La Dirección de Administración

Y Finanzas, pagara a Don

La cantidad de \$

Por concepto de

Fecha de Pago

: SANDRA ELIZABETH SAAVEDRA CAVIERES Rut 000

: 342,000 TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL PESOS

: CANCELAR SERVICIOS PARAMEDICOS PARA PROGRAMA CARDIOVASCULAR, SEPTIEMBRE 2010

: 05/10/2010

DOCUMENTO	NUMERO	FECHA	MONTO \$
BOLETA HONORARIOS	27	30/09/2010	380,000

Anótese comuníquese y Archívese.

Contabilícese el presente gasto a las cuentas Presupuestarias que se indican.

CÓDIGO CUENTA	DETALLE	DEBE	HABER
215-21-03-001-004-000	Programa Cardiovascular		380,000
531-03-00-000-000-000	Otras Remuneraciones	380,000	
215-21-03-001-004-000	Programa Cardiovascular	380,000	
111-02-00-000-000-000	Banco Estado		342,000
214-11-01-000-000-000	Retenciones Tributarias 10% a los Honorarios	38,000	
Sumas Iguales		760,000	760,000

REFRENDACION

Cuenta	215-21-03-001-004-000		
Presupuesto Vigente	7,440,000		
Saldo al Compromiso	6,562,306		
Saldo x Contropartida	877,694		

SECRETARIA
MUNICIPAL

SECRETARIO MUNICIPAL (SUB)

DIRECTOR DE CONTROL

MUNICIPALIDAD
ADMINISTRADOR
Municipal

PUCÓN
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

JEEE SECC. FINANZAS SALUD

JEFE
FINANZAS
DPTO.
DE SALUD

Ch: 7559

PUCÓN
Centro del SUR de CHILE

Avda. Bernardo O'Higgins 483 Pucón. Fono: (45) 293000 Fax: 293085 Email: pucon@munitel.cl

OB: \$63
ED: \$25
DP: 609**SANDRA ELIZABETH SAAVEDRA CAVIERES****BOLETA DE HONORARIOS ELECTRONICA**

Nº 27

RUT: [REDACTED]GIRO(S): OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES
N.C.P.,**TECNICO PARAMEDICO**BDO O'HIGGINS [REDACTED], CURARREHUE
TELEFONO: [REDACTED]**Fecha:** 30 de Septiembre de 2010**Señor(es):** I MUNICIPALIDAD DE PUCON
Domicilio: ANSORENA 662, PUCON**Rut:** 69191600-6

Por atención profesional:

SERVICIOS PARAMEDICOS PARA PROGRAMA CARDIOVASCULAR MES DE SEPTIEMBRE	380.000
Total Honorarios \$:	380.000
10% Impto. Retenido:	38.000
Total:	342.000

Fecha / Hora Emisión: 04/10/2010 17:04



0605528400027B4E7662

Res. Ex. N°83 de 30/08/2004

Verifique este documento en www.sii.cl

El contribuyente para el cual está destinada esta boleta, es el encargado de retener el 10%.

01201010041701

[Emitir nueva boleta](#) [Emitir boleta con prellenado](#)

MUNICIPALIDAD D	
PARTIDO AYAMAGUA DE S .	
DE REGISTRO 2004
FECHA DE ENTRADA 04.10.2010
FECHA DE SALIDA
DEPTO. Salud

MUNICIPALIDAD DE PUCON
DEPARTAMENTO DE SALUD/

CERTIFICADO

MARCELA ESPARZA MUÑOZ, Enfermera del Departamento de Salud Municipal , certifica las actividades de doña Sandra Saavedra C., realizadas durante el mes de septiembre 2010, según detalle adjunto.


Marcela Esparza Muñoz
Enfermera
Departamento de Salud

Pucón, 30 de agosto 2010

CONVENIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A HONORARIOS

En Pucón, a 04 de Enero de 2010, entre la Municipalidad de Pucón, RUT N° 69.191.600-6 representada por su Alcalde (SUB), Don. **Marcelo Concha Villagra**, RUT. N° [REDACTED], ambos con domicilio legal en Avda. Bernardo O'Higgins 483, de la comuna de Pucón , en adelante "La Municipalidad" y Doña **Sandra Elizabeth Saavedra Cavieres**, de nacionalidad chilena, mayor de edad, Cédula de Identidad N° [REDACTED], de profesión Auxiliar Paramédico, domiciliada en Avda. Estadio N° [REDACTED], Comuna de Curarrehue, en adelante "La Auxiliar Paramédico", acuerdan el siguiente Convenio a Honorarios.

Primero : La Municipalidad de Pucón, como organismo ejecutor y coordinador del "**Programa de Salud cardiovascular año 2010**", encomienda a "La Auxiliar Paramédico", la función de realizar exámenes preventivos a pacientes del Programa de Salud Cardiovascular año 2010.

Segundo : "La Auxiliar Paramédico" se compromete a realizar las siguientes labores :

- Realizar exámenes preventivos en campañas organizadas por la enfermera Encargada del Programa Cardiovascular.
- Coordinarse con los paramédicos o TENS de los sectores rurales para mantener actualizado Tarjetero de E.M.P. (examen de Medicina Preventiva)
- Mantener actualizado el tarjetero de E.M.P. urbano.
- Realizar análisis de cobertura E.M.P por sector.
- Colaborar en las actividades propias del Programa de salud Cardiovascular tanto en urbano como rural según necesidad.
- Entregar informe mensual con detalle de todas las áreas que realizan exámenes de medicina preventiva, entregando datos de la calidad de realización de este.
- Recepcionar todos los E.M.P. realizados por cada integrantes del equipo, ingresar datos a REM por sector todos los correctamente terminados, devolver los que queden pendientes para correcto cierre.
- Consolidar información de todas las áreas que realizan exámenes de medicina preventiva.
- Entregar informe mensual de actividades realizadas a la enfermera encargada del programa S.C.V.
- La meta mensual de E.M.P. que se debe rendir mensualmente es de 25, considerando que estos deben estar correctamente terminados, esto es informe de exámenes, PAP vigente, perfil de presión terminado si corresponde, PTGO si corresponde y derivaciones concretadas en cada caso que corresponda.

Tercero : Esta actividad se desarrollara en el horario normal de atención del Departamento de Salud con un tope máximo 44 horas semanales distribuidas de Lunes a sábados , las que deberán ser marcadas por reloj control con el objeto de facilitar en cálculo de sus honorarios mensuales.

Cuarto : "La Municipalidad", por los servicios antes señalados pagara a "La Auxiliar Paramédico" la suma de \$ 380.000.- (trescientos ochenta mil pesos) valor mensual con impuestos incluidos, contra presentación de Boleta de Honorarios debidamente refrenda por la sub.-Directora del Departamento de Salud quien velara por el fiel cumplimiento de estas actividades.

Los montos antes señalados se pagarán mensualmente los cinco primeros días hábiles del mes siguiente de la respectiva boleta de Honorarios , debiendo la Municipalidad deducir los impuestos correspondientes.

Quinto : La Municipalidad se obliga a otorgar a **Sandra Elizabeth Saavedra Cavieres**, los siguientes beneficios:

- A) Tendrá derecho a 6 (seis) días de permiso administrativo con goce de remuneraciones.
- B) Tendrá derecho a 15 (quince) días hábiles de Feriado Legal.
- C) Tendrá derecho a Viáticos y pasajes sólo cuando el Municipio determine que deba cumplir funciones fuera de la comuna, los cuales serán pagados de acuerdo a los siguientes valores:
 - Viático sin pernoctar \$ 7.000 (siete mil pesos).
 - Viático con pernoctar \$12.000 (Doce mil pesos).
- D) Tendrá derecho a aguinaldo de fiestas patrias y navidad equivalente a la suma de \$25.000 por cada uno, de los cuales se deducirá el 10% del impuesto a la renta.

Sexto : "La Auxiliar Paramédico" se compromete a entregar un informe mensual detallado de los pacientes atendidos, indicando nombre y Rut, sexo, edad de cada uno de ellos, para que se realice la estadística correspondiente a cada mes.

Séptimo : La Supervisión de este Contrato de Prestación de servicios estará a cargo de la Profesional del Departamento de Salud Sra. Marcela Esparza Muñoz, Encargada de Unidad de Enfermería, para lo cual emitirá un certificado que acredite el fiel cumplimiento de los servicios contratados.

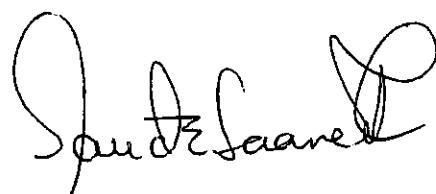
Octavo : El presente contrato rige a contar del 01 de Enero al 31 de Diciembre del año 2010 y/o hasta que los servicios fueren necesarios.

Noveno : Sin perjuicio de lo establecido en la cláusula precedente, la Municipalidad se reserva el derecho de poner término al presente contrato en cualquier tiempo, aún sin expresión de causa y lo hará especialmente si **Sandra Elizabeth Saavedra Cavieres** " no cumpliera estrictamente con una o más de las obligaciones establecidas en el presente contrato. Para el ejercicio de esta facultad bastará que la Municipalidad envíe carta certificada al domicilio de " **Sandra Elizabeth Saavedra Cavieres**" consignado en la comparecencia manifestando su voluntad de poner término al contrato. El ejercicio de esta facultad no implica pago de indemnizaciones de ninguna naturaleza.

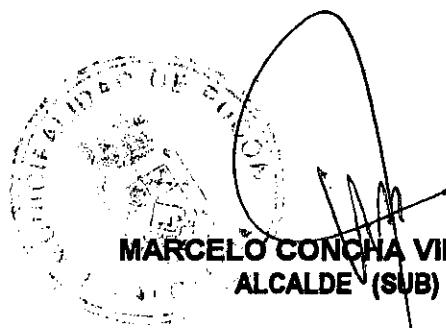
Décimo : Con todo el presente contrato, deberá sancionarse mediante Decreto, sin el cual no tendrá validez su vigencia, y para todos los efectos legales se considerará parte integrante del presente Decreto.

Décimo Primero : Las partes fijan su domicilio especial en la comuna de Pucón y se someten a la jurisdicción de sus tribunales

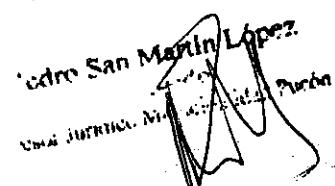
Décimo Segundo : El presente contrato se firma en total conformidad por las partes en seis ejemplares de igual fecha y tenor, quedando una copia en poder de la persona contratada a honorarios y cinco en poder de la Municipalidad de Pucón.



SANDRA E. CAVIERES SAAVEDRA
R.U.T. N° [REDACTED]



MARCELÓ CONCHA VILLAGRA
ALCALDE (SUB)



The signature includes the name "Marcelo Concha Villagra" and "Calle San Martín López" above a smaller, illegible signature.

EMPAS MES SEPTIEMBRE 2010

MAX	EDISON	MARTINEZ	CATALAN	45a		CABURGUA
HECTOR	FABIAN	FUENTES	FUENTES	26a		CABURGUA
MIRIAN		FUENTES	POBLETE	52a		CABURGUA
DINA		COLIPE	PALACIOS	53a		CABURGUA
JUAN	SEGUNDO	VASQUEZ	ROSAS	49a		CABURGUA
ELVIA	Luz	SAAVEDRA	AVILA	49a		CABURGUA
GLADYS		ARIAS	MALDONADO	42a		PILLAN
ROSA	ESTER	PINILLA	ESTUARDO	46a		
MARIA	PETRONILA	ITURRA	OCHOA	29a		PAILLACO
JOSE	MIGUEL	GALLEGOS	VILLAGRA	23a		
ROXANA	DEL PILAR	ALVAREZ	SOTO	21a		
JAIME	ALFOIN	ELGUETA	PEÑA	36a		
BERNARDO	WALDEMAR	BRAATZ	VENEGAS	50a		
PATRICIA	CLEMENTINA	ACUÑA	VIDAL	20a		
CAROLINA	IVON	GUAJARDO	ALVAREZ	29a		
GUILLERMO	ANDRES	SANHUEZA	ROA	29a		SN PEDRO
SONIA	HAYDEE	SALAZAR	SALAZAR	42a		SN PEDRO
FRANCO	IGNACIO	KABA	LATORRE	19a		SN PEDRO
CAMILO	ABNER	SANHUEZA	ROA	23a		SN PEDRO
LETICIA	ANGELICA	SANHUEZA	ROA	28a		SN PEDRO
LUIS	ALBERTO	DIAZ	CARRASCO	47a		SN PEDRO
ALVARO	MARCEL	BENAVENTE	MIRANDA	58a		
CLAUDIA	VERONICA	CHAVEZ	PACHECO	34a		PILLAN



MEMORANDUM

Nº _____

FECHA: 16.09.2010

PARA EL SR.(A) Patricia Cortes R.

DEL SR.(A) Marcela Esparza.

REF.: _____

Informo a ud. que el día 16-09-2010, Doña Sandra Saavedra C., realizó talleres en Temuco, relacionados con el Programa de Salud Cardiología desde las 7:30 hrs AM hasta las 17:30 hrs. P.M.

Sin otros particulares, saludo atte a ud.

Marcela Esparza Muñoz
10.499.945-K
Efectuado
DSM PUCÓN

LIBRO DE ASISTENCIA
Correspondiente al Mes de : Septiembre Año 2010

Código: 101
Nombre: SAAVEDRA CAVIERES SANDRA ELIZA
Departamento:
Dirección: DEPTO SALUD PLAZO FIJO
Sección:
• Ingreso Manual

Nº Tarjeta: 30101
R.U.T:

Dia		Entrada	Sal.Col	Ent.Col	Salida	Entrada HExtra	SalidaH Extra	NºDias	Permiso	Desde	Hasta	Atrasos	25 %	50 %	
01	Mie	07:39			18:38								10:37		
02	Jue	07:31			17:51								09:50		
03	Vie	07:39													
04	Sab														
05	Dom														
06	Lun	07:32			18:20								10:19		
07	Mar				18:27										
08	Mie	07:40			17:52								09:51		
09	Jue	07:40			18:26								10:25		
10	Vie	07:37			18:07								10:06		
11	Sab														
12	Dom												09:01		
13	Lun	07:43			17:02										
14	Mar	07:40											07:18		
15	Mie	07:40			15:19										
16	Jue														
17	Vie														
18	Sab														
19	Dom														
20	Lun														
21	Mar														
22	Mie	07:43		16:59	16:59								08:58		
23	Jue	07:27			16:52								08:51		
24	Vie	07:43			16:52								08:51		
25	Sab	08:47			13:43								00:47	05:42	
26	Dom														
27	Lun	07:42			16:59								08:58		
28	Mar	07:39			16:57								08:56		
29	Mie	08:10			18:38								00:10	10:37	
30	Jue														
Días Trabajados:		17											000:57	138:20	0

TOTALES														
Asistencia	17	Inasistencia	5	Horas Atrasos	000:57	Horas Extras 25%	138.20	Horas Extras 50%	0					